



**Università degli Studi di Padova**

---

Facoltà di Scienze Politiche  
Dipartimento di studi storici e politici

**MASTER IN  
REGOLAZIONE POLITICA DELLO SVILUPPO LOCALE  
Anno 2007**

**Analisi dei Piani di Zona dei Servizi alla Persona  
dell'Azienda U.L.S.S 17 del Veneto**

**Relatore: Prof. Mauro Salvato**

**Candidato: Elena Galati**

## INDICE

INTRODUZIONE .....	5
CAPITOLO I - QUADRO NORMATIVO.....	7
<u>1.LEGISLAZIONE NAZIONALE DI RIFERIMENTO.....</u>	<u>7</u>
<u>2.LEGISLAZIONE REGIONALE DI RIFERIMENTO.....</u>	<u>8</u>
<u>3.IL PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA .....</u>	<u>10</u>
<u>4.I SOGGETTI COINVOLTI NELLA COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA.....</u>	<u>12</u>
<u>5.LE MODALITÀ DI FINANZIAMENTO .....</u>	<u>13</u>
CAPITOLO II - IL TERRITORIO DELLA AULSS 17 DEL VENETO.....	15
<u>1.IL PROFILO GEOGRAFICO .....</u>	<u>15</u>
<u>2.IL PROFILO DEMOGRAFICO.....</u>	<u>16</u>
<u>3.LA STRUTTURA PRODUTTIVA.....</u>	<u>17</u>
CAPITOLO III - IL PIANO DI ZONA DELL'AZIENDA ULSS 17 .....	19
<u>1.OGGETTO DELL'INDAGINE E METODOLOGIA .....</u>	<u>19</u>
<u>2.IL PIANO DI ZONA 2003-2005.....</u>	<u>21</u>
<u>3.IL PIANO DI ZONA 2007-2009: STRUTTURA E AREE DI INTERVENTO .....</u>	<u>21</u>
<u>4.MODALITÀ DI RILEVAZIONE DEI BISOGNI.....</u>	<u>21</u>
<u>5.MODALITÀ DI VERIFICA DEGLI OBIETTIVI.....</u>	<u>22</u>
CAPITOLO IV – LE EVIDENZE EMERSE DALL'INDAGINE .....	24
<u>1.LA REDAZIONE DEL PIANO DI ZONA: POSITIVITÀ E CRITICITÀ.....</u>	<u>24</u>
<u>2.PERCEZIONE DELLA RISPOSTA AI BISOGNI DEL PIANO DI ZONA PRECEDENTE.....</u>	<u>25</u>
<u>3.RISULTATI E CAMBIAMENTI EFFETTIVI APPORTATI DAL PIANO 2003-2005.....</u>	<u>26</u>
<u>4.NOVITÀ INTRODOTTE DAL PIANO 2007-2009 E DIFFERENZE DAL PRECEDENTE.....</u>	<u>27</u>
<u>5. RAPPORTI TRA RAPPRESENTANTI A.U.L.S.S, TERZO SETTORE E COMUNI.....</u>	<u>28</u>
<u>6. INTEGRAZIONE TRA LIVELLO POLITICO E TECNICO DI COMUNI E A.U.L.S.S.....</u>	<u>29</u>
<u>7. RAPPORTI TRA I SERVIZI SOCIALI DELL'A.U.L.S.S E DEI COMUNI.....</u>	<u>31</u>
<u>8. I NUOVI BISOGNI MANIFESTATI DAGLI UTENTI .....</u>	<u>32</u>
8.1 Area disabilità.....	32
8.2 Area adulti e materno- infantile.....	33
8.3 Area anziani.....	34
8.4 Area dipendenze.....	34
<u>9.STRUMENTI PER FAVORIRE L'ESPRESSIONE DEI BISOGNI .....</u>	<u>35</u>
<u>10. AZIONI FUTURE PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ.....</u>	<u>36</u>
<u>11. SCENARI EVOLUTIVI DEL TERRITORIO E INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO .....</u>	<u>37</u>
CONCLUSIONI.....	39
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	41
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	41
ELENCO DELLE INTERVISTE.....	42

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA.....	43
<u>MASTER IN REGOLAZIONE POLITICA DELLO SVILUPPO LOCALE.....</u>	<u>43</u>



## Introduzione

Il Piano di Zona è lo strumento primario e strategico per programmare e attuare un sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari a favore della comunità locale, nella Regione Veneto assume la denominazione di "Piano di Zona dei servizi alla persona".

Viene redatto e aggiornato a livello di ambito territoriale dell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria (A.U.L.S.S), sulla base dei bisogni emergenti e degli interessi specifici di tale realtà, nel rispetto degli obiettivi e delle priorità definite nel Piano Sociale Regionale. E' uno strumento condiviso dei Comuni per il governo locale dei servizi sociali.

Il baricentro del Sistema di Servizi Socio Sanitari è quindi il territorio, che acquisisce una posizione centrale in tale ambito. I servizi socio-sanitari vengono erogati infatti il più possibile nei luoghi di vita delle persone.

Il Piano può essere la risposta strategica all'esigenza di passare da una cultura assistenziale di erogazione di prestazioni ad una politica attiva di servizi, fra loro integrati. Tutto ciò va a favore della comunità locale della quale devono essere valorizzate le risorse e le specificità per aumentare l'efficacia degli interventi.

Grazie al Piano vengono inoltre tutelati soprattutto quei soggetti che non sono in grado di soddisfare autonomamente i propri bisogni e formulare domande pertinenti ai servizi.

La tesi è volta ad analizzare le relazioni che intercorrono tra i diversi soggetti coinvolti nella redazione e realizzazione di quanto previsto dal Piano di Zona, in particolare tra i soggetti istituzionali e quelli del Terzo Settore e tra gli attori privilegiati rappresentanti l'Azienda ULSS e quelli che rappresentano i comuni. Essa mira anche a comprendere la percezione, da parte degli attori privilegiati intervistati, dell'efficacia di quanto realizzato dal Piano di Zona 2003-2005, dei bisogni emergenti degli utenti del territorio e delle azioni da implementare per darvi risposta.

Nel primo capitolo, dopo aver descritto brevemente la normativa nazionale e della regione Veneto che riguarda i Piani di Zona, è stato illustrato sinteticamente il processo che porta alla realizzazione del Piano, i soggetti coinvolti nell'attuazione e le modalità di finanziamento dello stesso.

Nel secondo capitolo è stato descritto il territorio dell'Azienda sanitaria sottolineandone la struttura produttiva e il profilo geografico e demografico.

L'oggetto dell'indagine e la metodologia seguita vengono specificati nel terzo capitolo, nel quale sono illustrati i contenuti del Piano di Zona 2003-2005 e 2007-2009 dell'Azienda U.L.S.S. 17, oltre alle modalità di verifica degli obiettivi previsti dal primo e le modalità di rilevazione dei bisogni che dovrebbero essere soddisfatti grazie agli interventi previsti dal Piano per il prossimo triennio.

Nell'ultimo capitolo sono state descritte le evidenze empiriche emerse dall'indagine: la percezione della risposta ai bisogni degli utenti da parte del Piano di Zona 2003-2005, i risultati raggiunti e i cambiamenti effettivi che ha apportato nel territorio.

Sono state inoltre illustrate le positività e le negatività riscontrate dagli attori privilegiati, nella redazione del Piano di Zona valido per il prossimo triennio, oltre alle novità che questo ha introdotto. Sono stati indagati anche i nuovi bisogni manifestati dagli utenti nelle diverse aree di intervento, le possibili azioni per favorirne l'espressione e le azioni da implementare per il miglioramento continuo della qualità. Sono inoltre stati descritti i possibili scenari evolutivi del territorio ipotizzati dagli attori privilegiati.

# Capitolo I - Quadro normativo

## 1. Legislazione nazionale di riferimento

Analizzando la normativa nazionale che interessa i Piani di Zona, è d'obbligo citare la legge che li ha introdotti: la L. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali”, in particolare l'art. 19<sup>1</sup>. Questa individua nel Piano uno strumento della programmazione socio-sanitaria che deve essere compiuta con la compartecipazione delle A.U.L.S.S.

Esso deve contenere: le priorità di intervento, gli obiettivi strategici, le modalità di organizzazione dei servizi e di integrazione tra questi e le prestazioni e le forme di coordinamento tra amministrazioni statali ed organi periferici e di concertazione con l' A.U.L.S.S e con i soggetti del Terzo Settore. Il Piano deve individuare forme di rilevazione dei dati e stimolare la cittadinanza attiva e la solidarietà tra i cittadini. Esso ha anche il compito di qualificare la spesa e definirne i criteri di ripartizione: a carico di ciascun Comune, dell' A.U.L.S.S e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi. Deve infine prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori.

Inoltre, a seguito della Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3: “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione” sono notevolmente mutati i rapporti tra Stato, Regioni ed Enti Locali: il Comune, in base al principio di sussidiarietà, è il primo depositario e rappresentante dei bisogni e degli interessi dei cittadini. In tale contesto si comprende ancora di più come i Comuni, d'intesa con le Aziende unità sanitarie locali, rivestano un ruolo fondamentale nella definizione del Piano di Zona. Per la sua realizzazione è però indispensabile sia la condivisione di una prospettiva unitaria tra Stato e Regioni per evitare da un lato il centralismo statale, dall'altro che a questo si sostituiscano tanti regionalismi

---

<sup>1</sup> L'art. 19 definisce il Piano di Zona come “lo strumento per programmare, in maniera partecipata e condivisa, la riorganizzazione, lo sviluppo e la messa in rete del sistema degli interventi e servizi sociali, partendo dai bisogni, dalle istanze, dalle risorse e dalle potenzialità del territorio, in un'ottica di integrazione tra soggetti pubblici, del privato sociale e delle varie espressioni organizzate della comunità”.

frammentati; è fondamentale inoltre che ci sia una forte integrazione tra i diversi Comuni, tra questi e l'Azienda U.L.S.S e tra soggetti pubblici e privati.

Un notevole impulso a questo strumento di programmazione è stato dato anche dal D.P.R. 3 maggio 2001 "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003"- a norma dell'Art. 18, comma 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328 che specifica diverse misure e interventi che il Piano di Zona deve prevedere indicando anche gli ambiti specifici di applicazione e gli obiettivi generici da perseguire nel triennio.

Importante è stato anche il "Piano Sanitario Nazionale 2003-2005", che sottolinea l'importanza della responsabilizzazione dei cittadini e l'integrazione tra servizi sociali e sanitari. Esso definiva la aree di intervento che mirava ad essere un "progetto di Salute condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo" finalizzato a realizzare un processo di riordino, in grado di garantire un elevato livello di integrazione dei servizi socio-sanitari.

Naturalmente, nell'ambito dei cambiamenti apportati nel sistema dalle riforme amministrative già a partire dagli anni novanta, lo Stato mantiene la funzione legislativa esclusiva per la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". In tale contesto occorre menzionare il D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", l'interazione tra servizi socio-sanitari deve infatti avvenire sempre nel loro rispetto. A livello regionale, a tale proposito si fa riferimento alla deliberazione della Giunta Regionale del Veneto 9 agosto 2002, n. 2227: DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" – Disposizioni applicative. Secondo provvedimento". L'allegato n. 5 individua le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario e indica le modalità di applicazione delle stesse da parte della Aziende UU.LL.SS.SS. della Regione Veneto.

## **2. Legislazione regionale di riferimento**

La Regione Veneto è stata tra le prime a realizzare una politica territoriale dei servizi sociali fondata sull'associazionismo tra Comuni e sull'integrazione socio-sanitaria tramite la L.R. 64/75 "Costruzione dei consorzi per la gestione unitaria dei servizi sociali di interesse locale: Unità locali dei servizi sociali".

Il Piano di Zona, innanzitutto, contestualizza le finalità e gli obiettivi definiti nel Piano Sociale Regionale in alcune aree ritenute strategiche, con riferimento alle esigenze e ai bisogni locali.

Le Regioni oggi godono di maggiore discrezionalità nel garantire i livelli essenziali di assistenza definiti dallo Stato per la sanità, nell'organizzare i servizi e nell'individuare strumenti e modelli per i servizi sociali.

Per quanto riguarda la normativa di riferimento della Regione Veneto, la L.R. 15 dicembre 1982, n. 55: "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale" è di notevole importanza per la successiva realizzazione dei Piani di Zona; con questa legge vengono disciplinati gli interventi in ambito sociale, definendo le competenze dei singoli Comuni e delle Unità Locali Socio Sanitarie.

Fondamentale è anche la Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 56: "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del D.Lgs. 502/92" che ha dato una definizione dei Piani, e ha previsto programmi di intervento di area specifica a tutela della salute: materno-infantile e età evolutiva, anziani, tossicodipendenze e alcolismo, salute mentale e handicap.

La legge stabilisce inoltre che la Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e delle attività svolte da soggetti pubblici e privati; i Comuni partecipano al processo di programmazione socio-sanitaria regionale. Prevede anche che, qualora l'ambito territoriale di una Unità Locale Socio Sanitaria comprenda più Comuni, venga costituita la Conferenza dei Sindaci, alla quale spetta il compito di definire le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell'U.L.S.S. e di provvedere alla elaborazione del Piano di Zona dei Servizi Sociali.

Rilevante in tale contesto è anche la Legge Regionale 3 febbraio 1996, n. 5 con la quale è stato approvato il "Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998" che definisce obiettivi, individua criteri, parametri e standard di riferimento per l'organizzazione e lo svolgimento delle attività sociali e sanitarie, stabilendo le modalità della loro integrazione e precisando i rapporti istituzionali con gli Enti Locali, nonché le risorse necessarie per garantire livelli uniformi di assistenza sul territorio regionale.

Tramite la successiva L.R. 11/2001 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del D.Lgs. 31 marzo 1998" viene disposto che Comuni e

Province, in recepimento del principio di sussidiarietà, progettino, realizzino e gestiscano la rete dei servizi sociali. La norma ribadisce inoltre le scelte della precedente normativa regionale in tema di pianificazione locale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio delle Aziende U.L.S.S, definendo il Piano di Zona come "lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria".

La Regione, con D.G.R. n. 2865/97 ha approvato lo "Schema tipo di Piano di Zona (documento di linee guida per l'attività di pianificazione in materia sociale)". Il Veneto tramite questa D.G.R. e la successiva D.G.R. n. 1764/04 ha inoltre approvato le "Linee Guida per la predisposizione dei Piani di Zona" che individuano i soggetti titolari, le condizioni per promuovere l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, i percorsi da seguire per giungere alla condivisione politica e tecnica delle scelte, i criteri unitari regionali per favorire l'omogeneità nelle scelte fondamentali, le procedure da attivare e le condizioni per definire e sviluppare i livelli essenziali di assistenza nel territorio.

Con il D.G.R.V. n. 3702 del 28.11.2006<sup>2</sup> la Regione Veneto ha approvato le specifiche indicazioni per la valutazione dei Piani di Zona dei servizi alla persona e, rispetto a quanto stabilito con precedente DGR n. 1560<sup>3</sup> del 23.05.2006, ha prorogato al 30 aprile 2007, il termine per la presentazione dei Piani 2007/2009.

Infine, è opportuno menzionare anche un'ulteriore attuazione abbastanza recente della legge 328/00: il Disegno di legge n. 14/2006 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi alla persona".

### **3. Il processo di costruzione del Piano di Zona**

Per la realizzazione del Piano di Zona, il Presidente della Conferenza dei Sindaci, in accordo con il Direttore Generale dell'A.U.L.S.S provvede all'avvio del procedimento, poi i Comuni e l'A.U.L.S.S predispongono gli indirizzi strategici.

---

<sup>2</sup> "Approvazione delle specifiche indicazioni per la valutazione dei Piani di Zona dei servizi alla persona e proroga termine presentazione dei Piani di Zona 2007-2009"

<sup>3</sup> "Piani di Zona dei Servizi alla Persona 2003/2005: allineamento della programmazione in corso al 31 dicembre 2006. Indicazioni per la presentazione Piani di Zona dei Servizi alla Persona 2007/2009"

Si procede poi alla preparazione degli strumenti per rilevare i bisogni e i problemi della popolazione e alla successiva analisi degli stessi sotto il profilo qualitativo e quantitativo.

I tecnici dei Comuni, essendo presenti nel territorio e conoscendolo a fondo, effettuano una “fotografia” del sistema dei servizi e delle prestazioni esistenti, evidenziando i bisogni della comunità e individuando le risorse umane ed economiche e i percorsi di integrazione già presenti. Sulla base di ciò verranno definiti obiettivi e priorità.

L'organo politico analizza i dati emergenti dalla lettura della realtà, effettuata dai tecnici. Dall'esame dei bisogni dei vincoli e delle opportunità presenti nel territorio, individua i fattori di sviluppo locali e delinea il tipo di welfare locale e i livelli di benessere che intende garantire a tutta la popolazione attraverso il Piano di Zona. Stabilito ciò procede alla definizione degli obiettivi, che dovranno risultare osservabili, misurabili, perseguibili, pertinenti e compatibili.

Nella A.U.L.S.S 17 la progettazione partecipata è avvenuta tramite la collaborazione tra gruppi tematici alcuni dei quali “decisionali” altri “partecipativi”. I Focus Group, articolati per distretto socio-sanitario e per ambito-Gruppo Alzheimer, Gruppo Area Famiglia, Gruppo Area Disabilità e Gruppo Area Immigrazione hanno permesso la creazione di una pluralità di punti di vista e di una rete partecipativa tra i portatori di bisogni ed interessi diversi.

Quindi, sulla base delle necessità e delle caratteristiche delle singole comunità e nel rispetto dei vincoli normativi e locali, sono stati individuati le priorità e gli obiettivi da raggiungere nel triennio di durata del piano e attorno ai quali finalizzare le risorse strutturali, economiche e professionali, naturalmente nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Vengono quindi messi a punto i contenuti del Piano e stabilite le forme per garantire una gestione unitaria ed integrata di interventi connotati in termini di efficacia, efficienza ed economicità.

Si procede alla stesura del Piano con obiettivi, sotto-obiettivi, indicatori, azioni da compiere, interventi e servizi da garantire, soggetti responsabili, oneri necessari, tempi di realizzazione dei servizi, rapportati alla durata del Piano, risultati attesi, momenti di verifica e valutazione dei programmi e dei servizi.

Una volta predisposto, il Piano di Zona viene sottoposto alla approvazione della Conferenza dei Sindaci e del Direttore Generale dell'A.U.L.S.S.

Una volta approvato, il Piano viene trasmesso, a cura della Conferenza dei Sindaci, alla Giunta Regionale, che ne verificherà la compatibilità con gli obiettivi di sistema e con quelli definiti dalle direttive del Piano Sociale Regionale.

Dopo l'approvazione da parte della Regione, per procedere alla sua attuazione, viene stipulato l'Accordo di Programma<sup>4</sup> tra Comuni, singoli e associati, l'Azienda U.L.S.S di riferimento, per quanto attiene alle competenze gestionali relative ai servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria, e tutti i soggetti pubblici e privati che attraverso l'accreditamento (L.R. n. 22/2002) o specifiche forme di concertazione contribuiscono, anche con proprie risorse, alla definizione del Piano e che si impegnano alla sua realizzazione. Gli accordi di programma definiscono gli organi di governo del patto tra i soggetti e le modalità di gestione, indicano le azioni da porre in essere nei confronti degli eventuali inadempienti e per risolvere eventuali difficoltà che potrebbero insorgere nel corso della sua implementazione, assicurando così l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie e l'immediata operatività del piano.

#### **4. I soggetti coinvolti nella costruzione del Piano di Zona**

I *soggetti istituzionali* responsabili del Piano di Zona sono: gli Enti Locali, in particolare per i Comuni sono i Sindaci singoli o associati nella Conferenza dei Sindaci, le Aziende U.L.S.S, la Regione che si avvale di queste ultime e la Provincia che concorre con proprie risorse per le materie di competenza. Vengono coinvolti anche altri soggetti pubblici tra i quali la Scuola, i Tribunali, le IPAB e le Comunità Montane.

Tra *i soggetti privati e del privato sociale* che partecipano alla realizzazione del Piano, lo promuovono e ne curano la predisposizione vi sono Istituzioni, Fondazioni, Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Libere Associazioni, Enti con finalità religiose e altre Organizzazioni private.

I Comuni rappresentano gli interessi dei cittadini e della comunità locale, essi hanno un ruolo di regia, ma devono essere sostenuti da tutti gli altri livelli di governo.

---

<sup>4</sup> Ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142 e art. 34 DLGS n. 267/2000

L'A.U.L.S.S fornisce ad essi un supporto tecnico organizzando le proprie risorse per promuovere una conoscenza sistematica del territorio, favorendo misure di efficacia e appropriatezza degli interventi.

Il ruolo della Provincia è limitato ad alcuni interventi specifici oltre all'apporto per lo sviluppo di politiche di promozione sociale e di strategie di Area Vasta (gestione emergenza, determinanti ambientali, formazione professionale, integrazione lavorativa).

La Regione è titolare delle funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e condivide con gli Enti Locali la responsabilità in ordine alla programmazione e attuazione dell'integrazione socio sanitaria avvalendosi delle Aziende U.L.S.S.

In particolare, da quanto si rileva nell'accordo di Programma per l'attuazione del Piano di zona dei comuni dell'Azienda U.L.S.S 17 per gli anni 2007 - 2009 hanno partecipato i Comuni con i Sindaci, gli Assessori, i Tecnici e l'Azienda U.L.S.S con il Direttore Sociale, i Direttori di Distretto, i Responsabili dei Servizi, tutti i soggetti del Terzo Settore che erogano servizi sociali, socio-sanitari o socio-educativi nel territorio dell'A.U.L.S.S, in particolare i responsabili delle I.P.A.B., di Fondazioni titolari e gestori delle strutture diurne e residenziali per persone anziane non autosufficienti e persone con disabilità (R.S.A., Case di Riposo, comunità Alloggio).

L'A.U.L.S.S 17 dispone di un'ampia e solida rete di Associazioni di volontariato diffuse e fortemente radicate sul territorio, oltre a Fondazioni e Cooperative (Centri Diurni per persone con disabilità, Centri Diurni per Persone Anziane Non Autosufficienti, ecc.), che collaborano attraverso rapporti convenzionali con l'A.U.L.S.S e con i Comuni. Sono coinvolti anche altri soggetti del mondo associativo, quali i rappresentanti delle famiglie che hanno partecipato dando il loro apporto di idee e progetti da realizzare per la promozione del benessere delle persone e della comunità.

## **5. Le modalità di finanziamento**

Le risorse quindi vengono messe a disposizione in parte dagli enti locali in particolare dal fondo sociale dei Comuni o da una quota percentuale di questo, una quota del fondo sociale è

data in assegnazione dalla Regione, l'Azienda ULSS concorre per la quota sanitaria connessa a prestazioni socio-sanitarie integrate all'interno di servizi sociali gestiti dai Comuni.

Altre componenti del finanziamento del Piano di Zona sono composte da una quota locale del fondo sociale nazionale, dalle risorse provenienti da altri enti e dagli altri soggetti firmatari dell'accordo di programma, altre quote derivano dal concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni.

Il Terzo Settore opera tramite progetti, partecipa a bandi e presenta progetti legati a fondi specifici, vengono così unite le diverse risorse per il raggiungimento degli obiettivi: già in passato tali fondi sono stati utili per realizzare strutture e creare servizi per l'infanzia, adolescenza, disabilità, anziani e altre iniziative previste dal Piano di zona.

In base a quanto previsto dall'art. 3 del d.lgs n. 502/92 e successive modifiche, devono necessariamente essere precisati i "i criteri di finanziamento" delle prestazioni sociosanitarie "per quanto compete alle Unità Sanitarie Locali e ai Comuni".

Le risorse dell'A.U.L.S.S e dei Comuni sono quindi integrate strutturalmente. A volte l'integrazione può risultare difficile per i Comuni di piccole dimensioni con risorse limitate.

Il coordinamento con i soggetti del Terzo Settore avviene in vari modi: alcuni di questi offrono servizi e mettono a disposizione la propria organizzazione al pubblico, altri, ad esempio le associazioni di volontariato collaborano a progetti che si avvalgono di risorse provenienti da fondi regionali.

In particolare per quanto concerne l'A.U.L.S.S. 17 e da quanto si evince dalle interviste effettuate alcuni attori privilegiati, non sempre tale coordinamento è possibile: ad esempio ricordano episodi passati in cui le associazioni erano state invitate partecipare a bandi, ma non si sono presentate, quindi nonostante i finanziamenti stanziati dalla Regione per il volontariato e il tentativo di coinvolgere il privato sociale ad offrire una risposta, a volte questa manca. Ciò in realtà non sempre avviene, dipende molto dalle singole realtà e dalla sensibilità dei soggetti che fanno parte di tali associazioni. Alcuni attori politici che hanno partecipato alla redazione del Piano, affermano che i progetti di collaborazione con il Terzo Settore sono piuttosto scarsi e spesso si realizzano nei Comuni più grandi.

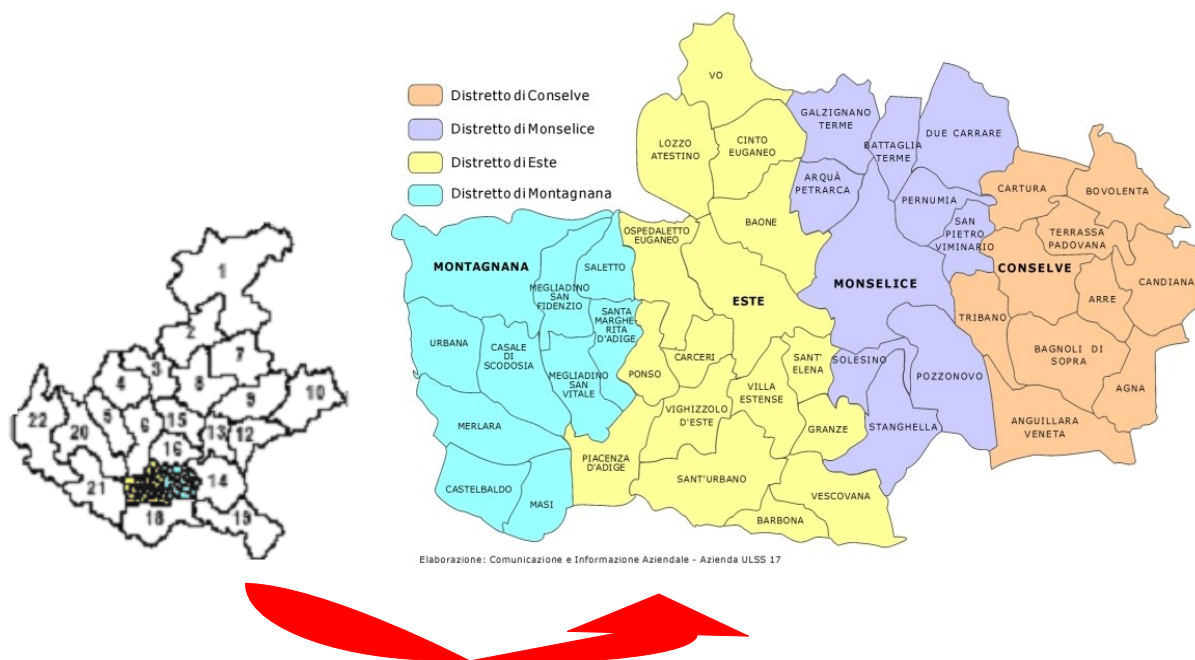
Alcuni attori appartenenti al Terzo Settore affermano invece che le risorse in realtà non si integrano, e che "devono essere le istituzioni a fornire i fondi, le associazioni sono i destinatari dei servizi, non dispongono di questi".

## Capitolo II - Il territorio della AULSS 17 del Veneto

### 1. Il profilo geografico

Il territorio dell'Azienda U.L.S.S 17 si colloca a sud della provincia di Padova ed è composto da 46 Comuni, prevalentemente di piccole dimensioni, denominati comunemente "Bassa Padovana". Questi sono aggregati in due Distretti Socio-Sanitari: Conselve-Monselice<sup>5</sup> formato da 20 Comuni ed Este-Montagnana<sup>6</sup> che comprende i restanti 26.

Figura 1: Cartogramma dei 46 Comuni dell'Azienda U.L.S.S divisi per distretto.



<sup>5</sup> Agna, Anguillara Veneta, Arquà Petrarca, Arre, Bagnoli di Sopra, Battaglia Terme, Bovolenta, Candiana, Cartura, Conselve, Due Carrare, Galzignano Terme, Monselice, Pernumia, Pozzonovo, San Pietro Viminario, Solesino, Stanghella, Terrassa Padovana, Tribano.

<sup>6</sup> Baone, Barbona, Carceri, Casale di Scodosia, Castelbaldo, Cinto Euganeo, Este, Granze, Lozzo Atestino, Masi, Megliadino San Fidenzio, Megliadino San Vitale, Merlara, Montagnana, Ospedaletto Euganeo, Piacenza d'Adige, Ponso, Saletto, Santa Margherita d'Adige, Sant'Elena, Sant'Urbano, Urbana, Vescovana, Vighizzolo d'Este, Villa Estense, Vò.

Le 46 municipalit  dell'U.L.S.S 17 comprendono una superficie complessiva di 887,9 Km , pari al 41% del territorio dell'intera provincia di Padova. Il distretto di Este-Montagnana   pi  vasto ed occupa 485,9 Km  quello di Conselve-Monselice copre i restanti 402 Km .

## **2. Il profilo demografico**

Gli abitanti dell'A.U.L.S.S al 31-12-2006 sono 182.319 e costituiscono il 20% della popolazione della provincia; la densit  abitativa media   circa la met  di quella provinciale: 205 abitanti per km<sup>2</sup> rispetto ai 416 ab/Km . La popolazione non   equamente distribuita tra le due aree distrettuali: il distretto di Conselve-Monselice ha una densit  di 245 ab/Km , quello di Este-Montagnana di 171 ab/Km . Le comunit  territoriali sono di piccole dimensioni: l'85% dei 46 Comuni che fanno parte dell'U.L.S.S hanno meno di 5.000 abitanti e in essi si concentra pi  della met  della popolazione (106.801 ab.). Solo a Este e Monselice risiedono pi  di 16.500 abitanti. In molti Comuni il 30% o addirittura il 40% della popolazione non vive in centri urbani, ma   sparsa sul territorio comunale.

Nel decennio 1995-2005 la popolazione ha subito un lieve incremento soprattutto a causa dei flussi migratori in entrata, il saldo migratorio   infatti sempre positivo.

Il saldo naturale permane invece negativo infatti, il tasso di mortalit    superiore rispetto a quello di natalit : mediamente vi sono 1.783 morti e 1.515 nati all'anno.<sup>7</sup>

Sempre in riferimento a tale arco temporale   evidente la tendenza all'invecchiamento della popolazione: gli ultrasessantacinquenni raggiungono il 19,9% dei residenti, di questi il circa 59% sono donne, mentre solo circa il 13,0% della popolazione ha meno di 14 anni. La percentuale   simile nei due Distretti.

L'indice di vecchiaia   pari 153,0%<sup>8</sup> percentuale che supera di molto sia il dato provinciale (136%) che quello nazionale (137,8%).

Per quanto riguarda l'et  media della popolazione, questa   di 43,2 anni.

Per quanto concerne la composizione familiare, al 31.12.2005 nell'U.L.S.S 17 le famiglie risultavano 66.999, con una distribuzione territoriale non omogenea tra Distretti. La loro

---

<sup>7</sup> Il saldo naturale nel 2001   di -122 unit , nel 2002 di -310, nel 2003 di -330 e nel 2004 di -203

<sup>8</sup> 153 ultrasessantacinquenni ogni 100 ragazzi fino a 14 anni

dimensione si attesta attorno al valore medio di 2,69 persone ed è superiore al dato provinciale (2,55), regionale (2,49) ed anche al dato nazionale (2,48). Visto l'alto indice di vecchiaia si può ipotizzare che molti anziani vivano soli.

I cittadini stranieri residenti al 31.12.2005 erano circa il 3,9% della popolazione residente nei 46 Comuni dell'A.U.L.S.S 17, circa il 96% provengono da paesi extracomunitari.

*Tabella 1: Principali dati demografici riferiti al territorio dell'A.U.L.S.S. 17 divisi per distretto, sesso e classi d'età al 31.12.2005*

DISTRETTO	SESSO E CLASSI D'ETA'											
	0-14			15-64			65 e oltre			TOTALE		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
<b>ESTE MONTAGNANA</b>	5.525	5.145	10.670	39956	26.926	66.882	6.821	10.171	16.992	52.302	42.242	94.544
<b>CONSELVE MONSELICE</b>	6.608	6.269	12877	22804	32.357	55.161	7.826	11.203	19.029	37.238	49.829	87.067
<b>TOTALE AULSS 17</b>	12.133	11.414	<b>23.547</b>	62760	59.283	<b>122.043</b>	14.647	21.374	<b>36.021</b>	89.540	92.073	<b>181.613</b>

Fonte: Istat

### **3. La struttura produttiva**

Alcuni indicatori delle condizioni sociali del territorio segnalano una situazione di sostanziale ricerca di sviluppo nella zona che viene considerata a scarso rendimento economico industriale.

Il tessuto produttivo è ancora abbastanza debole, caratterizzato da una rete di piccole aziende artigianali ed agricole, per la maggior parte a gestione familiare o semifamiliare, da alcuni settori, limitati e concentrati, di innovazione tecnologica e da un terziario tradizionale.

Ci sono oltre 24.200 unità produttive, relative a oltre 21.600 aziende<sup>9</sup>, il cui 40% è concentrato in sette Comuni<sup>10</sup>.

Le unità locali, prevalentemente di piccole dimensioni, sono concentrate in agricoltura (30%), nel commercio (25%), nel terziario e servizi (16%), nell'industria (14%) e nell'edilizia (14%). Dai dati del censimento dell'industria e dei servizi<sup>11</sup>, infatti, si ricava che l'89,5% delle imprese hanno da 1 a 5 addetti. Queste piccole aziende, in particolare quelle che operano nell'edilizia, nell'industria del legno e nella metalmeccanica, necessitano di supporti e di assistenza poiché presentano frequenti infortuni e un notevole impatto ambientale. Risultano presenti, inoltre, 717 amministrazioni pubbliche con 7.860 addetti.

Il reddito prodotto pro-capite, secondo stime,<sup>12</sup> corrisponde a € 20.900 ed è decisamente inferiore a quello relativo alla regione e alla provincia (€ 23.600, dato riferito sia al Veneto che alla provincia di Padova); inoltre il tasso di attività<sup>13</sup> vede 13 Comuni con percentuali inferiori al 50%.

Per quanto concerne il tasso di istruzione<sup>14</sup> in 15 Comuni più del 13% della popolazione è analfabeta o priva di titolo di studio e in 5 la percentuale raggiunge o supera il 15% della stessa.

La viabilità è particolarmente disagiata anche a causa delle caratteristiche morfologiche del territorio e della scarsità di mezzi pubblici, in tale contesto un ruolo chiave per la sua posizione geografica è svolto da Monselice.

---

<sup>9</sup> Al 31.12.2005 – Fonte CCIAA di Padova.

<sup>10</sup> Casale di Scodosia, Conselve, Due Carrare, Este, Monselice, Montagnana e Solesino.

<sup>11</sup> Dati riferiti al Censimento del 2001

<sup>12</sup> Stime della Camera di Commercio Industria Agricoltura e Artigianato di Padova per gli anni 2004 e 2005

<sup>13</sup> Indicante il rapporto percentuale fra la popolazione di 15 anni e più, occupati o in cerca di occupazione, e il totale della popolazione della stessa età.

<sup>14</sup> dato dal rapporto fra la somma degli analfabeti e degli alfabeti privi di titolo, con età maggiore di 6 anni e la popolazione totale della stessa fascia d'età

## **Capitolo III - Il Piano di Zona dell'Azienda ULSS 17**

### **1. Oggetto dell'indagine e metodologia**

L'oggetto dell'indagine è stata l'analisi, nell'ambito della Azienda U.L.S.S 17, dell'effettiva capacità dei Piani di zona di incidere positivamente nell'erogazione dei servizi socio-sanitari. Ciò è stato fatto valutando da un lato il Piano di Zona 2003-2005, poi prorogato anche per gli anni 2005-2007, dall'altro quello previsto per il triennio 2007-2009<sup>15</sup>.

In particolare sono stati considerati rispetto al Piano precedente: i risultati prodotti, la reale integrazione degli interventi a livello locale, la gestione della programmazione partecipata tra gli attori pubblici e tra attori pubblici e del privato sociale. In relazione a questo e ai nuovi bisogni emersi nel territorio, si è cercato di comprendere quali sono le novità che il nuovo Piano di Zona si auspica potrà produrre e i possibili scenari.

E' stato effettuato uno stage presso l'Ufficio Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni "Metropolis", costituita dai Comuni di Stanghella e San Pietro Viminario, compresa nel territorio di competenza dell'A.U.L.S.S 17 grazie al quale è stato possibile conoscere alcuni bisogni della comunità descritti nel Piano e verificare direttamente sul territorio quali sono le modalità di implementazione e di ricerca delle soluzioni previste dallo stesso. Sono state visitate direttamente alcune strutture realizzate nel territorio a favore di persone con disabilità, tra le quali il "Centro di accoglienza Cinque dita".

Le attività di rilevazione sono state compiute da maggio a luglio 2007.

E' stato innanzitutto analizzato il contesto territoriale: è stato raccolto materiale documentale relativo ai "Piani di Zona dei servizi alla persona", tra i quali il testo del Piano precedente dell'A.U.L.S.S 17, la normativa nazionale e regionale di riferimento, studi e analisi compiuti su tali tematiche in altre zone che potevano presentare per motivazioni geografiche, sociali ed economiche potevano presentare analogie. Inoltre, sono stati visionati altri Piani di Zona di altre Aziende U.L.S.S del Veneto.

---

<sup>15</sup> Approvato dalla Conferenza dei sindaci in data 26/04/2007 e recepito dall'A.U.L.S.S 17 con delibera n. 481 del 9/05/2007.

Si è proceduto successivamente all'individuazione di "testimoni privilegiati" che avessero una conoscenza approfondita della situazione del territorio cercando anche di sentire diverse professionalità e raccogliere diversi punti vista per poter ricostruire in modo completo ed esemplificativo le necessità della comunità locale e le interazioni tra portatori di interesse. E' stato considerato il ruolo ricoperto dai testimoni privilegiati nel territorio e la provenienza degli stessi, cercando quindi mantenere un equilibrio nella scelta delle diverse figure professionali che operano nei due distretti.

Una volta individuati i soggetti da intervistare, si è proceduto alla realizzazione di 13 interviste in profondità, della durata di circa un'ora, effettuate nel periodo compreso tra giugno e luglio 2007. Di queste, 11 sono state effettuate "faccia a faccia", due telefonicamente.

Il metodo di ricerca è stato qualitativo basato su un questionario semi-strutturato a domande aperte composto da circa 15 domande (si veda in allegato).

Tranne alcuni casi, i testimoni privilegiati si sono dimostrati molto disponibili durante lo svolgimento delle interviste. Una difficoltà è stata causata dalle elezioni che ha provocato cambiamenti nella composizione delle amministrazioni comunali, infatti in alcuni Comuni non è stato possibile intervistare gli Assessori e i Sindaci che avevano partecipato alla redazione del Piano, perché nel frattempo erano cambiati.

Sono stati intervistati:

- 2 Assessori alle politiche sociali,
- 4 Assistenti sociali dei Comuni,
- il Coordinatore servizi semiresidenziali, residenziali e domiciliari per persone con disabilità del distretto di Conselve,
- il rappresentante dell'Associazione di volontariato ANFFAS,
- un sacerdote rappresentante dell'Associazione 5 dita,
- il Coordinatore della Fondazione IREA Morini Pedrina,
- il Direttore U.O.C. Programmazione, Gestione, Vigilanza e Controllo Servizi Sociali del distretto di Conselve,
- il Direttore Servizi Sociali dell'A.U.L.S.S 17,
- il Direttore del Dipartimento funzionale per le dipendenze.

## **2. Il Piano di Zona 2003-2005**

Il Piano di Zona di validità per il triennio 2003-2005 prevedeva alcuni obiettivi che sono stati in gran parte realizzati. La Giunta tramite il provvedimento n. 1560 del 23 maggio 2006, ha prorogato la scadenza del Piano al 31-12-2006. A causa di precedenti delibere e dell'approvazione delle nuove Linee Guida per la predisposizione dei futuri piani, era stato predisposto che "i Piani di zona già adottati e vigenti, pur suscettibili dei necessari adeguamenti, mantenessero la validità fino alla loro scadenza". Infatti, nel territorio regionale alcuni Piani di Zona erano scaduti il 31 dicembre 2005, altri erano ancora vigenti, era quindi necessario allineare i termini della programmazione in corso.

## **3. Il Piano di Zona 2007-2009: struttura e aree di intervento**

Il piano 2007-2009, come il precedente, è articolato in aree di intervento considerate strategiche e prioritarie: Area Materno Infantile, Area Disabilità, Area Anziani, Area Dipendenze e Area Salute Mentale.

In termini di contenuti il nuovo Piano si presenta decisamente più approfondito e dettagliato rispetto al precedente.

Per la redazione del nuovo Piano sono stati creati dei gruppi tematici per diverse aree: gruppo Alzheimer, gruppo area Famiglia, gruppo area Disabilità e gruppo area Immigrazione. Per ciascuna area i Comuni hanno fornito indicazioni per la predisposizione del Piano, sono stati rilevati specifici bisogni e sono state formulate proposte di soluzione.

## **4. Modalità di rilevazione dei bisogni**

Sono state date delle schede di rilevazione a tutti i tecnici dei Comuni. Queste erano composte da diversi items, divisi per le differenti aree e problematiche, ai quali doveva essere assegnato un punteggio ai relativi problemi riscontrati nel territorio. In questo modo sono state rilevate le problematiche più evidenti nelle diverse aree a livello di distretto.

I tecnici dei Comuni, come affermano i rappresentanti dell'A.U.L.S.S., hanno compiuto diverse rilevazioni specifiche, hanno usato griglie di osservazione sui bisogni del territorio, comparando i servizi realmente presenti e quelli che sarebbero necessari.

Sono stati fatti poi alcuni incontri organizzati a livello distrettuale tra Comuni e A.U.L.S.S. per la stesura del nuovo Piano, sono state create occasioni di ascolto di tutte le rappresentanze dei cittadini, e gruppi di lavoro, sono stati fatti *focus group* per definire i bisogni prioritari che sono stati poi rappresentati in mappe di convergenza. Alcune amministrazioni comunali, inoltre, hanno somministrato alle associazioni presenti stabilmente nel territorio dei questionari per la rilevazione della qualità recepita.

Esistono inoltre delle nuove linee guida regionali che prevedono un monitoraggio continuo per operare verifiche, per percepire i cambiamenti e di conseguenza essere in grado di rispondere ai bisogni della comunità in modo sempre più adeguato.

## **5. Modalità di verifica degli obiettivi**

La Regione nella definizione delle linee guida per la predisposizione dei Piani, prevede e ribadisce più volte l'importanza della valutazione tecnica e sociale dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi prefissati.

Sottolinea come dovrebbero essere “promosse e attuate azioni per la valutazione di impatto sociale dei Piani di Zona e delle corrispondenti azioni, basato su indici di investimento-finanziamento (input), di organizzazione delle risposte (output) e di efficacia delle azioni (outcome) per poter consentire anche successivi confronti regionali.” Questa ha inoltre creato delle schede che sono state uniformate anche per poter fare una valutazione.

Il Direttore dei Servizi Sociali dell'A.U.L.S.S. 17 durante l'intervista sottolinea la presenza degli “indicatori concreti del Piano”, definiti per ogni area in base ai quali vengono poi stabilite le risorse. Viene fatto un monitoraggio del Piano di Zona attuativo e operativo e processi di valutazione nell'evolversi delle attività. Altri rappresentanti dell'A.U.L.S.S. affermano che alcuni servizi vengono valutati oggettivamente e riguardano ad esempio: il numero di sedi operative, di presa in carico, di durata dei servizi. Il raggiungimento di alcuni obiettivi viene valutato in base al numero di prestazioni erogate e alla realizzazione dei

progetti. Alcuni rappresentanti dell'A.U.L.S.S. affermano che sono in fase di elaborazione strumenti che diano risposte ulteriori, non limitandosi cioè alla rilevazione del numero di prestazioni, quindi non solo quantitativi di *output* ma in grado di fornire anche informazioni sull'*outcome*. Si sottolinea, però, la difficoltà di fare ciò nel settore sociale e che in tale ambito i cambiamenti richiedono molto tempo.

Alcuni strumenti utili per il monitoraggio degli obiettivi sono stati anche questionari di soddisfazione degli utenti, usati ad esempio in passato per valutare alcuni servizi nell'ambito delle disabilità.

La maggior parte dei soggetti intervistati rappresentanti del Terzo Settore e delle istituzioni non sono invece a conoscenza di modalità formali di verifica, alcuni ritengono che non esistano, altri affermano di non conoscerle e che, qualora esistano, non coinvolgono i Comuni. Alcuni di loro sottolineano, però, che una verifica sarebbe utile, anche da parte di istituzioni o organi esterni sia all'Azienda U.L.S.S che ai Comuni.

## Capitolo IV – Le evidenze emerse dall’indagine

### 1. La redazione del Piano di Zona: positività e criticità

#### *1.1. Elementi di positività del Piano*

Tra gli elementi di positività citati dai rappresentanti dell’A.U.L.S.S. vi è il fatto che il Piano non sia una mera elencazione di intenti, ma uno strumento realistico e concreto; a sostegno di ciò affermano che quasi tutti gli obiettivi previsti dal Piano precedente sono stati realizzati. Quelli non realizzati sono di lunga durata, quindi non possono concludersi nel breve periodo, oppure sono obiettivi che devono riproporsi anche in futuro. Il Piano di Zona è infatti uno strumento dinamico che va costantemente riprogrammato.

Alcuni attori rappresentanti sia dei politici, che dei tecnici che del Terzo Settore concordano nell’affermare che il Piano previsto per il triennio contenga una buona analisi della situazione nel territorio e il fatto che si siano individuati obiettivi condivisi.

#### *1.2. Elementi di criticità del Piano*

Alcune tra le criticità che hanno reso difficile la realizzazione di quanto previsto nel Piano precedente sono strettamente legate al territorio. Esponenti di tutte le aree concordano nel sottolineare da un lato il forte campanilismo ancora presente nel territorio dall’altro la polverizzazione dello stesso.

Ancora oggi, ciascun Comune tende ad evidenziare le sue necessità e a rappresentare unicamente i bisogni dei suoi cittadini. Alcuni soggetti dell’A.U.L.S.S., pur sottolineando tale tendenza, intravedono una maggior collaborazione e una maggior volontà di superamento dei campanilismi rispetto agli anni passati.

La caratteristica tipica, non solo veneta ma italiana, riguardante la composizione del territorio formato da tanti piccoli Comuni viene percepita dei soggetti intervistati come un ostacolo alla realizzazione dei servizi. Il numero di abitanti per ciascun comune è decisamente limitato, due sono composti da meno di 1000 abitanti. Nel territorio vi sono stati anche soddisfacenti tentativi di aggregazioni di Comuni, altri al contrario non hanno avuto particolare successo.

Alcuni testimoni privilegiati affermano, inoltre, di percepire negativamente il confronto tra l'Alta e la Bassa Padovana.

Di contro, rispetto a quanto affermato da alcuni intervistati, altri ritengono che il Piano di Zona sia un "libro dei desideri e dei sogni", viene sottolineato il fatto che spesso, le risorse a disposizione di ciascun Comune, in particolare modo di quelli piccoli, siano limitate, dunque possono essere realizzati solo pochi servizi. Altri ancora lo considerano una mera fotografia del territorio e si rendono conto che non sempre ad un bisogno corrispondono soluzioni o risposte possibili.

C'è inoltre chi ritiene che occorrerebbe un maggior coinvolgimento degli enti locali e del privato sociale per rendere concrete le idee e i progetti scritti nel Piano, altrimenti questo risulta essere solo "un lavoro dell'A.U.L.S.S".

Alcuni rappresentanti del Terzo Settore, considerano un forte elemento di criticità il fatto che le famiglie spesso non abbiano un interlocutore chiaro con il quale dialogare poiché, a loro avviso, manca un gruppo stabile nell'organigramma dell'A.U.L.S.S., vi è inoltre carenza personale e ciò non a volte non facilita l'utilizzo dei servizi da parte dei soggetti.

Un altro elemento di criticità nella gestione del Piano è, secondo alcuni intervistati, il fatto che la Conferenza dei Sindaci abbia un potere puramente di ratifica: la sua posizione, secondo loro, ha infatti scarsa influenza in quanto viene espressa una volta che la decisione è già presa. Spesso, inoltre, non esiste un rapporto collaborativo tra A.U.L.S.S ed enti locali e questo può ostacolare la realizzazione degli obiettivi previsti.

## **2. Percezione della risposta ai bisogni del Piano di Zona precedente**

I rappresentanti dell'A.U.L.S.S. ritengono che il Piano di Zona sia stato in grado di rispondere ai bisogni del territorio, anche se in alcune aree affermano che "si sarebbe potuto fare di più".

I politici ritengono che alcune esigenze del territorio non abbiano trovato una risposta soddisfacente e che alcune realtà presenti sul territorio avrebbero potuto essere considerate maggiormente.

Secondo alcuni tecnici dei Comuni, il Piano è solamente "una fotografia dei servizi esistenti" quindi non è stato in grado di rispondere alle esigenze del territorio. Secondo alcuni

rappresentanti del Terzo Settore il Piano ha risposto a queste solo in parte, essi ritengono, infatti, che siano state fatte molte azioni concrete ma che ci sia ancora molto da fare; a giustificazione di ciò sottolineano che nel nuovo Piano tanti obiettivi indicati in quello precedente siano riproposti. Altri soggetti del Terzo Settore ribadiscono come vi sia ancora molto da fare, anche riconoscono che il Piano di Zona sia riuscito a rappresentare in modo soddisfacente i bisogni della popolazione e ribadiscono il fatto che sia una “buona fotografia del territorio”. Secondo altri intervistati, molti bisogni sono stati soddisfatti, altri solamente in parte, alcuni sono invece da considerare solamente dei “sogni” in quanto non ci sono le risorse umane ed economiche per realizzarli.

Altri soggetti affermano che in alcuni casi per “fare i progetti si stanno creando dei bisogni accessori che magari non sono reali o comunque così sentiti e si spostano risorse in settori nei quali non c’è un forte e reale bisogno, togliendoli da altri in cui invece ci sarebbe necessità di investire”. In alcuni casi ad esempio sono state destinate “risorse ingenti per obiettivi non prioritari quindi, in modo evidentemente non soddisfacente”. Di contro, progetti o servizi che si riterrebbe opportuno realizzare non possono trovare attuazione poiché non hanno ricevuto finanziamenti.

### **3. Risultati e cambiamenti effettivi apportati dal Piano 2003-2005**

Secondo molti intervistati il Piano è stato in grado di apportare cambiamenti significativi e concreti nel territorio.

Positiva è la maggiore consapevolezza da parte di tutti i protagonisti: istituzioni e privato sociale riconoscono l’importanza del coordinamento tra di loro per il raggiungimento dell’obiettivo comune. Il Piano ha creato le premesse per questa collaborazione. Tale tendenza, che porta a dare sempre maggiore importanza al ruolo del terzo settore, è testimoniata anche dalla Regione che ha affidato alle cooperative un progetto riguardante le dipendenze, in passato sempre assegnato ai Comuni. Altri intervistati affermano che il Piano è stato importante, perché tramite questo strumento, i Comuni sono riusciti maggiormente a far sentire la propria voce, i bisogni e i servizi che sono in grado di offrire; inoltre c’è stata una maggiore relazione con l’A.U.L.S.S.. Alcuni rappresentanti dell’A.U.L.S.S. affermano che i

risultati a loro avviso più positivi sono il maggiore impegno e protagonismo delle amministrazioni locali che hanno fatto “un circolo virtuoso di concorrenza positiva”.

E’ stata favorita la prevenzione primaria, che è di importanza fondamentale.

Altri testimoni privilegiati affermano invece che il Piano non ha apportato differenze o novità significative: “le aree dei servizi sono sempre uguali come anche le risorse che vengono allocate, cambia solo il modo per ripartirle: vengono allargate o ristrette in base alle aree e alle risorse che vengono destinate per un servizio piuttosto che per un altro”. Alcuni inoltre non ritengono il Piano uno strumento in grado di apportare grandi cambiamenti ma solo “un mezzo per attivare qualche progetto”.

#### **4. Novità introdotte dal Piano 2007-2009 e differenze dal precedente**

Secondo alcuni rappresentanti dell’Azienda U.L.S.S emerge la volontà di superare delle frammentazioni e ritengono che sia stata ridotta la frattura tra i diversi servizi. Ritengono che sia stato allargato il campo dei soggetti rappresentativi che assunto una responsabilità diretta. Il Piano, a differenza di quello precedente, viene percepito di più come “un Piano della comunità” infatti è emerso maggiormente il ruolo della società civile e del terzo settore.

Anche alcuni tecnici sottolineano questa maggiore tendenza all’unitarietà dell’intervento, e riconoscono l’importanza dell’esistenza di un sistema operativo comune tra A.U.L.S.S ed enti locali che consente loro anche l’utilizzo di un linguaggio unico e condiviso, elemento a loro avviso per nulla banale.

I rappresentanti delle associazioni riconoscono che queste sono ancora troppo frammentate e di non saper usufruire al meglio di strumenti come il Piano di Zona. Cominciano a comprendere la necessità della loro presenza ai tavoli, l’importanza di “fare rete” tra di loro senza attribuire la responsabilità di ciò che non è stato realizzato unicamente alle istituzioni.

Sia i rappresentanti dell’A.U.L.S.S. che alcuni tecnici dei Comuni sottolineano il tentativo fatto per dare più spazio e importanza anche ai servizi offerti dagli enti locali, rispetto al Piano precedente questi “stanno acquisendo maggiore consapevolezza circa le loro possibilità di offrire servizi e circa l’importanza del loro ruolo”.

Alcuni tecnici dei Comuni al contrario sottolineano come il Piano sia semplicemente un “report statistico” dei servizi offerti dall’A.U.L.S.S, mentre non contenga quasi nulla dei servizi dei Comuni. Non percepiscono nulla di innovativo nello strumento e ritengono che vi sia uno scollamento tra la politica e il territorio. L’unico elemento distintivo del nuovo Piano, a loro avviso, è la maggiore programmazione.

Altri soggetti sottolineano come i contenuti del Piano siano sostanzialmente invariati rispetto al precedente, mentre è diventata maggiormente complessa la modalità di stesura dello stesso.

## **5. Rapporti tra Rappresentanti A.U.L.S.S, Terzo settore e Comuni**

Per quanto concerne integrazione e condivisione di competenze tra i rappresentanti dell’A.U.L.S.S., dei Comuni e del Terzo Settore le opinioni sono contrastanti tra attori operanti nei diversi settori.

Alcuni attori privilegiati che operano all’interno dell’A.U.L.S.S. ritengono che tra i Comuni vi sia stata un’ampia condivisione di competenze, a loro avviso gli enti locali sono stati molto collaborativi tra di loro e hanno lavorato d’intesa per realizzare progetti e servizi. A sostegno di ciò ricordano che la Conferenza dei Sindaci ha approvato un Regolamento unico per l’assistenza domiciliare rinunciando a quelli dei singoli Comuni; citano episodi di collaborazione tra Comuni limitrofi che si sono uniti per garantire specifici servizi sociali ai loro cittadini.

Altri rappresentanti dell’A.U.L.S.S. sottolineano come ci sia stato il coinvolgimento dei Comuni e che vi sia un progresso in tal senso, in quanto “tutti i portatori di interessi si sono trovati allo stesso tavolo”; secondo loro infatti è molto importante riuscire ad impostare progetti condivisi che superino la divisione per competenze per trovare una visione globale di servizio per la persona. Ritengono che anche il terzo settore, non sempre sia pronto a rendersi protagonista, spesso infatti le associazioni tendono a lavorare unicamente per se stesse non aprendosi al confronto con le altre e con altri portatori di interessi, e questo succede anche per quelle che operano nella medesima area.

Secondo alcuni tecnici l’integrazione “sembra ancora una chimera” nel senso che non può esistere ovunque ed è molto faticosa da realizzare. In certi Comuni, ad esempio, le istituzioni sono piuttosto integrate con il privato sociale, ma dalle interviste emerge che ciò non si

verifica in tutto il territorio. Alcuni attori sottolineano il maggiore sforzo fatto per favorire l'integrazione nella redazione di questo Piano rispetto ai precedenti. Altri al contrario ritengono che l'integrazione tra A.U.L.S.S Comuni e Terzo Settore sia addirittura diminuita rispetto al Piano di Zona precedente, la presenza dell'Azienda U.L.S.S contrariamente a quanto affermato da altri, viene vista come ancora più forte, ritengono infatti che non sia avvenuto "un confronto formale prima della stampa del Piano".

Secondo alcuni rappresentanti del Terzo Settore non esiste una rete tra i diversi soggetti del territorio, e affermano che gli incontri fatti con le associazioni sembrano "dovuti": Le riunioni sono spesso poco organizzate, anche se sottolineano che alcune, ad esempio quelle previste per la redazione del Piano per la disabilità, sono state positive.

Per quanto concerne i rappresentanti dell'area "salute mentale" essi ritengono che ci sia stata una grande collaborazione con il Dipartimento di salute mentale; anche chi opera nell'area delle "dipendenze" si definisce "abituato a queste sinergie", in quanto sono già in atto diverse collaborazioni in tal senso, per la redazione dei precedenti Piani triennali delle dipendenze.

Secondo i rappresentanti politici dei Comuni, c'è ancora un forte campanilismo nel territorio e difficoltà a rapportarsi con l'U.L.S.S. Nel territorio c'è chi lamenta la difficoltà a trovare il servizio nel distretto e ritiene che non vi sia un legame tra quest'ultimo e i Comuni, che a volte lamentano il fatto di "dover lavorare da soli".

## **6. Integrazione tra livello politico e tecnico di Comuni e A.U.L.S.S.**

Il processo programmatico, in base a quanto previsto dall'Allegato A al Dgr n. 3702 del 28/11/2006, dovrebbe essere distribuito e governato su tre livelli: "politico, cioè in termini di concertazione e collaborazione istituzionale; tecnico, cioè come percorso di definizione delle scelte, di valutazione di fattibilità, di identificazione delle condizioni organizzative facilitanti; sociale, cioè come percorso di programmazione partecipata che valorizza le specificità dei diversi attori e l'apporto che essi possono dare al raggiungimento di risultati di rilevante interesse sociale." Dalle interviste emergono opinioni discordanti.

Secondo un rappresentante dell'A.U.L.S.S. l'integrazione tra i livelli politico e tecnico c'è stata, infatti le amministrazioni comunali si sono avvalse degli assistenti sociali per

comprendere ciò che realisticamente poteva essere realizzato nel territorio, considerando gli strumenti posseduti e i bisogni da soddisfare, per poter così effettuare le scelte migliori per i propri cittadini.

Molti assistenti sociali dei Comuni concordano con ciò, anche essi sottolineano che a livello comunale vi sia integrazione, ad esempio, tra l'assistente sociale e l'assessore alle politiche sociali, quindi tra tecnico e politico. Considerano invece minore l'integrazione con l'A.U.L.S.S e percepiscono il Piano precedente come un "Piano fatto dall'U.L.S.S"; i servizi proposti sono definiti "servizi dell'A.U.L.S.S non gestiti dai Comuni" mentre in quello nuovo ritengono che ci sia "qualcosa dei Comuni" e valutano questo cambiamento come un elemento positivo.

Alcuni rappresentanti dell'A.U.L.S.S riconoscono di non essere riusciti a delegare e a coinvolgere abbastanza gli enti locali, ma sottolineano anche che questi ultimi non hanno partecipato abbastanza: non si sono alleati tra di loro nonostante la loro partecipazione alla Conferenza dei Sindaci, che spesso viene considerata come un consiglio comunale nel quale ogni partecipante porta le proprie istanze. I Comuni non hanno saputo aggregarsi tra di loro e non hanno trovato "un registro tecnico in grado di omogeneizzarli; hanno così delegato all'Azienda quasi tutto il lavoro per il Piano di Zona". Ribadiscono inoltre come vi sia "una forte conflittualità tra Comuni e Azienda".

Per quanto riguarda le opinioni dei politici c'è chi ritiene che, contrariamente alle lamentele dei tecnici, vi sia collaborazione tra i diversi soggetti e che si stia andando nella direzione giusta, pur sottolineando il fatto che spesso i bisogni siano tanti, che ci sia molto da fare e che spesso sia difficile conciliare le necessità di tutti, in ogni caso affermano che "nelle nostre zone si lavora bene e c'è integrazione". Al contrario ci sono coloro che pensano che la componente tecnica dell'U.L.S.S sia molto forte, mentre il ruolo politico della Conferenza dei Sindaci pare non incidere molto: a loro avviso sembra esserci uno sbilanciamento di poteri a favore del tecnico. Manca cioè un momento propositivo: l'ente locale è solo chiamato ad approvare qualcosa che spesso viene percepita come già decisa e può unicamente manifestare il suo dissenso rispetto a quanto già stabilito. Si ritiene, quindi, che sia data poca importanza alla Conferenza dei Sindaci, che non viene vista come un punto di riferimento per il tecnico. Spesso anche i Sindaci snobbano la Conferenza, poiché ritengono che la loro opinione non sia percepita come rilevante e credono di non poter influenzare le decisioni dell'A.U.L.S.S.

Per quanto concerne l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, alcuni intervistati affermano che vi sia collaborazione più che integrazione, e sottolineano che molto dipende dalla sensibilità, formazione e professionalità degli operatori. Naturalmente bisognerebbe ricercare tale integrazione poiché produce un vantaggio per l'utente/paziente.

## **7. Rapporti tra i servizi sociali dell'A.U.L.S.S e dei Comuni**

Alcuni rappresentanti dell'A.U.L.S.S. sottolineano che questa è una conquista ancora in corso, ma affermano che “gli assistenti sociali della A.U.L.S.S. e del Comune hanno lavorato come se fossero un'unica istituzione”. Tutti gli assistenti sociali, che lavorano sia nell'A.U.L.S.S. che nei Comuni, hanno ricevuto una formazione integrata e hanno frequentato dei percorsi formativi. Questi soggetti sottolineano la carenza numerica di assistenti sociali nei Comuni; questi ultimi lavorano su programmi U.L.S.S. A volte gli assistenti sociali, su richiesta dei Comuni, vengono assunti dall'U.L.S.S e messi a disposizione dei Comuni stessi. Altri soggetti dell'A.U.L.S.S. affermano che, secondo loro, la collaborazione c'è ma non è scontata. Esistono degli strumenti, ad esempio l'UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale), che prevede che vari soggetti rappresentanti dell'A.U.L.S.S., dei Comuni e delle strutture di ricovero si trovino allo stesso tavolo per la creazione di un progetto a favore di una persona. Questo, a parer loro, significa collaborare in maniera integrata e ritengono che si stia lavorando molto in tale direzione. Ricordano, però, che il cambiamento culturale richiede tempo e non deve essere frutto di un'imposizione. Secondo altri rappresentanti dell'A.U.L.S.S. non c'è un'agenda con un tavolo un consolidato, i Comuni si attivano sul singolo caso e sulla singola problematica, ma ciò non viene percepito dagli operatori dell'A.U.L.S.S. come un impegno costante e stabile nel tempo.

Diversi tecnici dei Comuni affermano l'esistenza di una reale collaborazione tra i servizi sociali dell'A.U.L.S.S. e del Comune, anche se sottolineano che in ogni caso gli utenti, prima di andare all'A.U.L.S.S., si rivolgono comunque ai Comuni.

Altri assistenti sociali dei Comuni affermano che formalmente questa collaborazione ci deve essere anche se concretamente il livello di integrazione non sembra essere elevato, sia a causa di una notevole diversità nel linguaggio usato dagli operatori, sia perché diversi sono i livelli

che interagiscono: mentre l'assistente sociale dell'A.U.L.S.S deve dialogare con i responsabili dei servizi dell'U.L.S.S, il livello amministrativo dei Comuni deve dialogare con i responsabili politici. A loro avviso, inoltre, i soggetti dei Comuni sono maggiormente indipendenti rispetto a quelli dell'U.L.S.S, che sono chiamati a "rispondere di più ai livelli superiori". Gli assistenti sociali che operano sul territorio ritengono inoltre di conoscere meglio gli utenti e i loro bisogni, essendo più a contatto con loro, hanno modo di relazionarsi con loro maggiormente, li vedono, vanno direttamente nelle loro abitazioni per capire concretamente come e dove vivono.

Alcuni rappresentanti del Terzo Settore sottolineano invece l'assenza di una reale rete tra questi soggetti, altri sottolineano anche il fatto che soprattutto all'interno dell'A.U.L.S.S, manchino delle figure stabili e dei punti nevralgici della rete in grado di trasmettere solidità alla stessa.

## **8. I nuovi bisogni manifestati dagli utenti**

Per quanto concerne i bisogni della popolazione del territorio, la maggior parte degli attori intervistati, indipendentemente dal loro ruolo, citano come bisogni emergenti quelli legati alla non autosufficienza, all'aumento della popolazione anziana, in particolare della cosiddetta "quarta età" e alle patologie tipiche di questa fase di età, oltre al problema della residenzialità.

### *8.1 Area disabilità*

Negli ultimi anni è aumentata anche la speranza di vita dei disabili gravi, di conseguenza sono necessari servizi di lunga durata e, a differenza di quanto avveniva in passato, bisogna anche offrire risposte ai molti disabili che diventano adulti. Nel territorio infatti, i servizi per la disabilità sono concentrati nell'età infantile e riservati a giovani fino ai 18 anni, mentre sono ancora scarsi quelli per gli adulti.

La chiusura di molte strutture di ricovero ha anche creato un'ulteriore difficoltà e ha spostato le problematiche legate alla disabilità nel territorio. Spesso queste persone, dopo aver trascorso lunghi periodi in strutture, ritornando a vivere nelle loro famiglie di origine, hanno difficoltà di reinserimento. Inoltre, a volte anche i loro genitori sono anziani e hanno problemi

correlati all'età oltre che alla gestione dei loro figli. Occorrerebbe inoltre, secondo alcuni testimoni privilegiati, preoccuparsi anche delle disabilità latenti e non solo quelle già manifeste.

Nel territorio sarebbe opportuno anche incentivare i servizi per le disabilità legate al post-trauma: questo problema è stato spesso poco affrontato, grazie alla terapia intensiva molte persone sopravvivono, ma la loro attesa di vita e la loro esistenza quotidiana è molto diversa da coloro che hanno una disabilità congenita.

Sia a favore delle persone con disabilità che degli anziani, secondo i rappresentanti delle associazioni, si dovrebbe andare oltre l'assistenza e garantire una migliore qualità di vita, ricordando che questi soggetti sono persone che hanno bisogni anche non strettamente legati all'assistenza, ad esempio avrebbero bisogno di praticare sport e essere coinvolti in attività ricreative.

## *8.2 Area adulti e materno- infantile*

Tra i nuovi bisogni emergono anche quelli legati alla diminuzione della numerosità dei componenti delle famiglie, spesso monoreddito, che necessitano di sostegno. In difficoltà sono soprattutto quelle più giovani, non solo nei momenti di crisi ma anche nella normalità. Inoltre, occorre dare una risposta per far fronte anche alla disgregazione dei nuclei familiari degli immigrati oltre a quello delle famiglie italiane. Stiamo infatti assistendo ad una controtendenza: fino a pochi anni fa le famiglie di stranieri si ricongiungevano, oggi, come evidenziano alcuni assistenti sociali dei Comuni, al contrario molte si disgregano. Queste persone, inoltre, per ragioni di carattere culturale, vivono in maniera molto pesante il fallimento di un matrimonio e hanno problemi aggiuntivi rispetto a quelli di una famiglia italiana, spesso infatti non trovano nel territorio risposte informali, date ad esempio da reti amicali e familiari.

Il notevole aumento della popolazione immigrata porta alla necessità di dare risposte in particolare alle necessità di bambini e giovani, e alla emergente problematica dei minori stranieri non accompagnati.

A causa delle numerose disgregazioni dei nuclei, le famiglie non sono più solide, molte sono composte da una sola persona con un figlio, che spesso necessitano di supporti economici tanto da chiedere assistenza ai Comuni anche per il pagamento delle utenze.

Il territorio si trova inoltre a dover fornire aiuto a persone adulte che dopo aver perso il lavoro, difficilmente riescono a trovare un'altra occupazione.

### *8.3 Area anziani*

La disgregazione familiare provoca, oltre al problema della solitudine negli anziani, anche difficoltà legate all'isolamento. Questi infatti spesso si ritrovano a dover vivere da soli, spesso lontani dai centri, in zone periferiche di campagna o collinari, con grosse difficoltà di spostamento anche a causa dei servizi di trasporto poco funzionali e accessibili. In alcuni casi infatti, anche se alcuni servizi sono presenti, gli anziani hanno difficoltà ad usufruirne. La scarsa diffusione di mezzi pubblici limita ulteriormente la mobilità dei soggetti nel territorio, favorendo la disabilità, occorre quindi incentivare i mezzi già presenti nel territorio; in questo senso sono già stati messi in atto sono diversi progetti che andranno implementati.

### *8.4 Area dipendenze*

Da quanto si evince dalle interviste, l'emergenza maggiore nell'ambito delle dipendenze è il fatto che oggi molti giovani fanno uso di sostanze conosciute e consumate anche in passato, ma assunte in modo alternativo: oggi ad esempio la cocaina e l'eroina vengono spesso fumate. Le conseguenze non sono però molto diverse rispetto al passato, in quanto, tale modalità provoca gli stessi noti effetti negativi sulla salute psico-fisica che sono dati dall'assunzione per via parenterale di tali sostanze. L'unica differenza di rilievo riguarda il fatto che fumandole si evita la trasmissione di alcune malattie infettive tramite le siringhe infette.

Anche i consumi di alcool sono in continuo aumento, soprattutto tra i giovani: i ragazzi cominciano sempre prima ad essere alcool dipendenti. Tale fenomeno è ancora più preoccupante se si pensa che molto spesso l'abuso di alcool è l'anticamera per l'assunzione di altre sostanze e che di norma né i giovani né i loro genitori considerano l'alcool una sostanza "pericolosa". Molti di loro la assumono regolarmente, di solito il sabato sera, di frequente per cercare l'effetto "sballo". Il problema tende ad aggravarsi poiché viene spesso minimizzato e sottovalutato anche dalle famiglie, che non si rendono conto di ciò che i loro figli cercano.

Un altro problema emergente nel territorio riguarda l'aumento di persone affette da patologie complesse, cioè persone che hanno problemi di carattere psichiatrico ed assumono sostanze stupefacenti.

Alcuni attori privilegiati della A.U.L.S.S. durante l'intervista hanno sottolineato come i portatori di interesse non istituzionali, in particolare le associazioni di volontariato, abbiano capito l'importanza del loro ruolo anche nella rilevazione dei bisogni.

Secondo alcuni intervistati invece, nel territorio non sono tanto i bisogni ad essere cambiati quanto il modo di affrontare i problemi.

Per quanto concerne nello specifico i bisogni legati all'area sanitaria, dal Piano stesso si ricava una dettagliata descrizione della situazione nel territorio. Negli ultimi anni vi è stato un notevole incremento delle forme alternative al ricovero, tra le quali day hospital, day surgery ed assistenza domiciliare. A testimonianza di ciò, il tasso di spedalizzazione complessivo è diminuito notevolmente negli ultimi anni; il fabbisogno di ricovero espresso dai residenti nell'A.U.L.S.S 17 è sceso mentre, al contrario, sono tendenzialmente in aumento i ricoveri in regime diurno effettuati in tutta la regione.

I principali motivi di ricorso al ricovero ordinario, con riferimento al 2004, sono nell'ordine: malattie del sistema circolatorio, tumori e gravidanze. Analizzando i tassi medi specifici di mortalità, relativi agli anni 2002-2005, si nota che la principale causa di morte è legata alle "malattie del sistema circolatorio", la seconda ai "tumori", poi vi sono "traumatismi e avvelenamenti", le "malattie dell'apparato respiratorio" e, a seguire, le altre cause.

## **9. Strumenti per favorire l'espressione dei bisogni**

Alcuni rappresentanti dell'Azienda U.L.S.S sottolineano l'importanza del questionario di gradimento e ritengono che questo strumento dovrebbe divenire una prassi e fare in modo che il coinvolgimento di tutti i soggetti sia continuo, fatto in itinere e si auspicano che non resti solo nella parte relativa alla programmazione.

Per quanto riguarda gli assistenti sociali dei Comuni e i rappresentanti delle associazioni e cooperative, tutti concordano nella necessità di una maggiore collaborazione e coordinamento tra gli operatori che operano nel territorio. Ritengono che occorrerebbe cogliere la

complessità della situazione personale del soggetto superando la settorializzazione, vi è infatti una rete di persone che si occupa dei soggetti che spesso hanno problemi di natura diversa (casi complessi). Gli utenti, in base alla loro esperienza, infatti, non riescono a trovare le risposte ai loro bisogni se non sanno a chi rivolgersi e non hanno un unico punto di riferimento. Anche una rappresentante dell'A.U.L.S.S. sottolinea il rischio della settorializzazione e del fatto che spesso i problemi delle persone non vengono gestiti in modo integrato.

La rappresentante della cooperativa ritiene, inoltre, che per fare ciò sia sufficiente un migliore coordinamento degli uffici e dei servizi esistenti senza necessariamente la creazione di nuovi. Questi soggetti inoltre affermano che occorrerebbe favorire le occasioni di incontro costruttivo e cercare di informare le famiglie sui servizi che vengono offerti. Occorrerebbero degli incontri mirati sul territorio, che sarebbero un'occasione utile anche per raccogliere direttamente dagli interessati i loro bisogni.

Gli assistenti sociali dei Comuni ricordano che occorre pensare anche alle persone che non esprimono direttamente i loro bisogni in comune. Infatti si cerca di soddisfare i bisogni per coloro che li manifestano apertamente, ma bisogna pensare anche a quelle persone che non si recano in Comune per esprimere le loro necessità e cercare aiuto, bisogna cercare di risolvere anche quei problemi, stare più vicino a coloro che non li manifestano apertamente.

Inoltre bisognerebbe, secondo quanto sottolineano i rappresentanti delle associazioni, fare in modo che vi sia un maggior collegamento tra cittadini ed istituzioni e aumentare la consapevolezza di queste ultime rispetto ai bisogni del territorio. Una maggiore chiarezza circa quello che possono chiedere e un unico punto di riferimento a cui chiedere.

## **10. Azioni future per il miglioramento continuo della qualità**

Tutti gli intervistati concordano nel sottolineare la necessità di fornire una risposta integrata e di migliorare la qualità della rete di servizi dando riferimenti più stabili alle famiglie. Molti ritengono che bisognerebbe fornire un'informazione più diretta, semplice e capillare che renda maggiormente consapevoli gli utenti dei loro diritti e che indichi chiaramente a chi possono rivolgersi e in quale sede. Allo stesso tempo, però, alcuni esponenti dell'A.U.L.S.S.

sottolineano che gli enti pubblici dovrebbero responsabilizzare maggiormente gli utenti, evitando così, da un lato, gli abusi da parte di alcuni che a volte richiedono servizi dei quali in realtà non hanno bisogno e fenomeni spiacevoli che portano altri, al contrario, a non poter beneficiare dei servizi dei quali avrebbero il diritto di usufruire.

Alcuni intervistati auspicano anche un maggior coordinamento con i medici, oltre al coinvolgimento del Terzo Settore.

Altri ritengono che sarebbe opportuno anche aumentare le risorse di personale, che essendo limitato, spesso non è in grado di rispondere a tutti i bisogni.

Occorre, secondo alcuni testimoni privilegiati, utilizzare sistematicamente strumenti per misurare la qualità percepita dagli utenti per quanto concerne i servizi erogati. Anche gli utenti però dovrebbero avanzare proposte, secondo alcuni mettendosi in gioco direttamente anziché protestare.

Alcuni intervistati sottolineano l'importanza di favorire la prevenzione e la promozione dell'autonomia delle persone, pur considerando che alcuni problemi sono cronici e di lunga durata, evitando forme di assistenzialismo.

## **11. Scenari evolutivi del territorio e interventi di miglioramento**

I testimoni privilegiati intervistati riportano diversi scenari evolutivi del territorio, ciascuno focalizzando l'attenzione sull'area che rappresenta e indicando alcune azioni che potrebbero sviluppare la propria area.

Alcuni intervistati, percepiscono come un problema emergente la creazione del Polo Ospedaliero Unico per acuti, che verrà realizzato entro il 2010 e fanno presente la crescente necessità di rispondere ai bisogni di pazienti che non presentano patologie tali da comportare il ricovero presso questa struttura. Tali servizi dovranno quindi essere forniti nel territorio che dovrà attrezzarsi maggiormente. Occorrerà potenziare i distretti, favorire l'AD e l'ADI e fare partire l'UTAP, un servizio che prevede l'unione di più medici di base per garantire l'assistenza continuativa del servizio di medicina di base, durante tutto il giorno.

Stanno nascendo, come ricordano esponenti dell'A.U.L.S.S., servizi per l'infanzia come l'asilo "nido" e il "micro-nido" per sostenere le giovani coppie con figli, che non possono

contare sull'aiuto dei genitori, che di norma lavorano. Questi servizi, oltre a quelli per gli anziani, sono considerati fondamentali per lo sviluppo del territorio e per il futuro dello stesso. Oltre a ciò, secondo quanto affermano gli assistenti sociali, occorrerebbero degli interventi più specialistici nell'area minori per evitare anche l'esplosione del fenomeno criminalità. Alcuni problemi legati ai giovani sono anche conseguenti all'immigrazione e possono portare ad un deterioramento della società nel prossimo futuro, ad esempio è da considerare preoccupante la presenza di molte baby-gang nella comunità, ci si deve occupare, dunque, delle aree più difficili e di frangia del territorio. Secondo alcuni intervistati, i problemi dei minori "vengono sottovalutati" non essendo considerati "un tema caro ai politici", come definiscono invece quello degli anziani.

Da quanto emerge dalle interviste, tra i possibili miglioramenti che si auspicano per il futuro, secondo molti testimoni privilegiati, oltre a favorire la concertazione tra i portatori di interesse, occorrerebbe anche una partecipazione attiva da parte della comunità. Molti auspicano una maggiore consapevolezza e competenza dei cittadini, che dovrebbero rivestire un ruolo attivo anche nella ricerca della soddisfazione dei bisogni che loro stessi manifestano, favorendo così una piena cittadinanza sociale. Lavorare solo per rispondere ai bisogni dei soggetti è sbagliato, occorre fare promozione della prevenzione e per far questo vanno coinvolti tutti i cittadini.

Fondamentale è lo sviluppo sostenibile come previsto dal Piano di Zona, la sostenibilità è un impegno concreto e diretto dei partecipanti.

Occorrerebbe inoltre un aggiornamento della normativa per quanto concerne l'integrazione degli immigrati e la gestione di problematiche connesse al loro inserimento nella comunità, alcuni aspetti e problemi inerenti a tale area infatti non sono ancora stati normati.

## Conclusioni

Il Piano di Zona rischia spesso di essere considerato uno dei tanti strumenti amministrativi della pubblica amministrazione, in realtà dovrebbe essere considerato uno strumento dinamico della comunità territoriale, da gestire sulla base delle effettive necessità e capacità del territorio, da adeguare ai rapidi cambiamenti che avvengono nella società. Perché risulti partecipato e condiviso occorrerebbe una maggiore collaborazione e integrazione tra tutti i portatori di interesse nella fase di implementazione, che da quanto si rileva dalle interviste non è ancora stata raggiunta, nonostante gli sforzi fatti per favorire la concertazione durante la redazione dell'ultimo Piano.

Dalle interviste effettuate la percezione del “Piano di Zona” da parte dei testimoni privilegiati dell’A.U.L.S.S. sembra divergere rispetto a quella degli altri rappresentanti istituzionali e del Terzo Settore: i primi lo considerano efficace e concreto, i secondi lo percepiscono astratto e poco rilevante nella realizzazione dei servizi di prossimità.

Tra questi soggetti sembra emergere anche una diversa visione delle problematiche del territorio: alcuni rappresentanti dell’A.U.L.S.S. rispetto ad quelli dei Comuni hanno, a mio avviso, una visione più positiva sia nel considerare le reti di relazioni tra i portatori di interesse nel territorio, sia i bisogni della comunità.

Dalle interviste, si rileva che diversi testimoni privilegiati degli enti locali non sembrano essere consapevoli dell’importanza del proprio ruolo, nonostante il fatto che nella redazione di questo Piano, la concertazione sia stata maggiore rispetto al passato. Percepiscono ancora alcuni servizi come “erogati dall’A.U.L.S.S.” e si sentono poco coinvolti; al contrario, i Comuni dovrebbero avere un ruolo di regia sia nella formulazione del piano che nell’implementazione di quanto previsto. Pur mantenendo la differenziazione funzionale tra i Comuni titolari delle competenze sociali e le A.U.L.S.S. titolari di quelle sanitarie e socio-sanitarie, occorrerebbe quindi una maggiore integrazione tra i loro rappresentanti.

La maggior parte dei soggetti ha però percepito, rispetto alla redazione del Piano precedente, questa diversa prospettiva e la volontà di favorire l’integrazione tra i diversi portatori di interesse. Occorrerebbe anche una maggior collaborazione del privato sociale e in questo senso lavorare per progetti diventa fondamentale. Anche il Terzo Settore, quindi, dovrebbe, a

mio avviso, acquisire maggiore consapevolezza circa il proprio ruolo che nella nostra regione è notoriamente fondamentale. Come emerge dalle interviste, e come si nota direttamente dall'analisi dei servizi erogati sul territorio, alcune associazioni sono state in grado di realizzare opere e dare risposte ai bisogni tanto da poter in alcuni casi sostituirsi almeno in parte all'attore istituzionale. Altri rappresentanti del privato sociale non sembrano invece partecipare in modo attivo alla realizzazione di quanto previsto dal Piano e preferiscono lavorare autonomamente senza ricercare una collaborazione con le istituzioni.

Inoltre, credo sarebbe utile che ai bisogni unitari di salute delle persone vengano fornite risposte altrettanto unitarie, cercando di evitare scelte settoriali da parte dei soggetti che si occupano di ciascuna area. Da quanto emerge dalle interviste occorrerebbe una gestione integrata che consideri globalmente le diverse problematiche dell'utente garantendo l'unitarietà dell'intervento nei suoi confronti. Sarebbe dunque opportuna anche una maggiore chiarezza nella descrizione dei servizi offerti e delle modalità di fruizione degli stessi.

L'impegno manifestato nella redazione del Piano sembra però essere un elemento positivo che permette di auspicare una futura maggiore integrazione e collaborazione tra i portatori di interesse, fondamentale per realizzare i progetti, le opere e i servizi previsti dal Piano.

## Riferimenti normativi

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, la norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modificazioni;

D.P.R. 23 luglio 1998: “Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998 – 2000”;

Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112: “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti Locali”;

Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3: “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

Legge 8 novembre 2000, n. 328: “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

L.R. 15 dicembre 1982, n. 55 :”Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”;

L.R. 14 settembre 1994, n. 56: “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del D.Lgs. 502/92”;

L.R. 3 febbraio 1996, n. 5: “Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998”;

L.R. 13 aprile 2001, n. 11: “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112”;

Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto 9 agosto 2002, n. 2227: DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” – Disposizioni applicative. Secondo provvedimento”;

Allegato A DGR n. 3702 del 28/11/2006 linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona.

## Riferimenti bibliografici

Vitale T., *Sussidiarietà: un criterio guida contro il carsismo istituzionale*, in *Animazione Sociale*, vol. 36, n. 5, 20-28, 2006.

Vernò F., *Uno strumento per riordinare il sistema: I Piani di Zona*, in *Fondazione Zancan*, Padova, 2004.

Zandonai F. (a cura di) *I Piani di Zona in Provincia di Milano, una valutazione dal punto di vista del terzo settore e della cooperazione sociale*. In *Quaderni di ricerca*, 2005.

Ferrario P., *Condizioni per un efficace processo programmatico dei Piani di Zona* In: *Movi – Fogli di informazione e di coordinamento* n. 2 /3 Marzo-Giugno, Milano 2002, p. 21-23.

## **Elenco delle interviste**

### ***Comuni***

1. Assessore alle politiche sociali del Comune di Montagnana, intervistato telefonicamente presso il Comune di Montagnana il 19 luglio 2007.
2. Assessore alle politiche sociali giovanili e famiglia del Comune di Este, intervistato presso il Comune di Este il 12 luglio 2007.
3. Assistente Sociale del Comune di Conselve intervistato presso il Comune di Conselve il 25 giugno 2007.
4. Assistente Sociale del Comune di Monselice intervistato presso il Comune di Monselice il 06 giugno 2007.
5. Assistente Sociale del Comune di Monselice - Responsabile del gruppo area dipendenze, intervistato presso il Comune di Monselice il 06 giugno 2007.
6. Assistente sociale del Comune di Montagnana intervistato presso il Comune di Montagnana il 12 luglio 2007.

### ***A.U.L.S.S. 17***

7. Direttore servizi sociali A .U.L.S.S 17 intervistato il 25 giugno 2007.
8. Direttore U.O.C. programmazione, gestione, vigilanza e controllo servizi sociali, intervistato il 09 giugno 2007.
9. Direttore del Dipartimento funzionale per le dipendenze intervistato presso il Dipartimento funzionale per le dipendenze il 20 luglio 2007.
10. Coordinatore servizi semiresidenziali, residenziali e domiciliari per persone con disabilità dell'A.U.L.S.S. 17 distretto Conselve, intervistato presso il distretto il 09 giugno 2007.

### ***Privato sociale***

11. Coordinatrice della Fondazione IREA Morini Pedrina intervistato presso la Fondazione IREA Morini Pedrina a Este il 19 giugno 2007.
12. Rappresentante Associazione di volontariato ANFFAS intervistato telefonicamente il 18 luglio 2007.
13. Parroco della chiesa del SS. Redentore e rappresentante/fondatore dell'Associazione 5 dita intervistato presso la parrocchia SS Redentore di Monselice il 13 luglio 2007.



**Università degli Studi di Padova**  
**MASTER IN *REGOLAZIONE POLITICA DELLO SVILUPPO LOCALE***

**INDAGINE SUL PIANO DI ZONA DEI SERVIZI ALLA PERSONA  
DELL'AULSS 17 DEL VENETO**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Ente Pubblico \_\_\_\_\_

Soggetto Intervistato \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

1. In base alla sua esperienza, com'è cambiato il territorio nel quale opera e le esigenze dello stesso dal 2005 ad oggi?
2. Quali sono a suo avviso le novità introdotte dal Piano di Zona 2007-2009 e quali sono gli elementi che lo differenziano dal precedente?
3. Quali sono le modalità di rilevazione dei bisogni manifestati dagli utenti?
4. Cosa ritiene sarebbe opportuno fare per favorire l'espressione dei bisogni delle persone e delle famiglie nel territorio?
5. Quali sono le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona?
6. Nella redazione del Piano di Zona e nella riprogrammazione dello stesso, ritiene vi sia stata un'adeguata integrazione e condivisione di competenze tra i rappresentanti dell'AULSS, dei Comuni e del terzo settore?
7. A suo avviso, ritiene che nella realizzazione delle azioni previste dal Piano di Zona, vi sia un'adeguata integrazione tra i livelli politico, tecnico e sociale?

Si

No

Se sì in quali termini? Se no, perché?

8. Come vengono integrate e coordinate le risorse del pubblico con quelle del privato sociale e del terzo settore?
9. Quali sono gli elementi di positività riscontrati nella realizzazione delle azioni previste dal Piano di Zona 2005-2007?

10. E le criticità?
11. Nell'ottica del cittadino considerato come utente/cliente e del miglioramento continuo della qualità, quali ritiene siano le azioni da attivare?
12. A suo parere quali potrebbero essere gli scenari evolutivi del territorio? Quali ritiene siano i bisogni emergenti, che avranno necessità di una soluzione urgente nel prossimo futuro?
13. A suo avviso il Piano di Zona 2005-2007 è stato in grado di rispondere ai bisogni del territorio? Ritiene che le azioni messe in atto corrispondano ad una reale esigenza degli utenti?
14. Concludendo, quali sono ad oggi i risultati e i cambiamenti effettivi sul territorio apportati dal Piano di Zona 2005-2007?
15. C'è qualcosa che vuole aggiungere?

**Domande specifiche rivolte agli assistenti sociali dell'AULSS e del Comune:**

- 1 - Ritiene sia adeguata la collaborazione tra i servizi sociali dell'AULSS e del Comune?

**Domande specifiche rivolte ad Assessori alle politiche sociali:**

- 1 - Quali sono le iniziative attivate dall'Amministrazione Locale per promuovere azioni di indirizzo, coordinamento, controllo e verifica di quanto previsto dal Piano di Zona?
- 2 - A suo avviso, attraverso quali azioni concrete l'Amministrazione Locale potrebbe favorire la sussidiarietà nel territorio, in riferimento ai servizi socio-sanitari?